Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 11 lutego 1882. № 6. Rok XXI.

I. Nieco o zatruciu jodoformowém.

Podał Doc. Dr. A. Obaliński,
z. prof. Chirurgii w Uniw. Jagiell.

Od czasu wystąpienia Mosetiga ze swemi zdumiewającemi prawie rezultatami, otrzymanemi za pomocą jodoformu, jako też od czasu poparcia tego środka na ostatnim wiecu chirurgów niemieckich przez Mikulicza, stał on się tak powszechnym środkiem antiseptycznym, że prawie zupełnie wyparł ogólnie już przyjęty opatrunek Listera lub z niego wynikłe modyfikacyje.

Ja używałem jodoformu w szpitalu św. Łazarza od maja przeszłego roku tu i owdzie, a od października zaprowadziłem po objęciu zastępstwa w klinice chirurgicznéj w obu zakładach ścisły opatrunek jodoformowy we wszystkich przypadkach.

Z działania i skutków jodoformu jestem zupełnie zadowolony i w obec obydwu powyżéj wymienionych, a czytelnikom Przeglądu Lek. dobrze znanych, prac zbytecznémby łoby nad tém się tutaj bliżéj zastanawiać; wspomnę tylko, że z bardzo dobrym skutkiem używałem jodoformu dotąd w następujących dużych operacyjach: a mianowicie w 5 wyłuszczeniach dużych nowotworów, w 4 nekrotomijach, w 3 wyżłobieniach kości, w 13 amputacyjach odnóg, w 2ch resekcyjach kolana, w 2 resekcyjach łokcia, w 2ch resekcyjach szczęki górnéj, w jednéj operacyi doszczętnéj puchliny ojądrowéj, nie licząc bardzo znacznéj liczby mniejszych operacyj.

Obok tych zewsząd gromadzących się hymnów pochwalnych dla nowego środka, którego nietylko dzielną moc przeciwgnilną, lecz także swoiste działanie przeciw gruźlicy podnoszono, zaczęły się gdzieniegdzie pojawiać głosy nawołujące do ostrożności w użyciu go, jako mogącego stać się ustrojowi szkodliwym.

A gdy Henry w Wrocławiu ogłosił dwa przypadki śmierci z jodoformu, a Mikulicz wyraził podejrzenie, że dwoje dzieci w klinice Billrotha operowanych a jodoformem opatrywanych najprawdopodobniéj umarło z zatrucia chronicznego tymże środkiem, gdy wreszcie i zkądinąd zaczęły się podnosić głosy podobne, podjął Koenig, profesor chirurgii w Gietyndze, a jeden z redaktorów tygodnika *Centralblatt für Chirurgie*, myśl bardzo chwalebną, ogłaszając odezwę do wszystkich chirurgów używających w swéj praktyce jodoformu, aby zechcieli podać mu swe niekorzystne przypadki, celem zbadania na podstawie rozleglejszéj kazuistyki, czy i pod jakiemi przypadami jodoform sprowadzić może śmierć, jakoteż czy i gdzieindziéj spostrzeżono u niektórych chorych, tym środkiem opatrywanych, pewien rodzaj zboczenia umysłowego.

Rzeczą to jest naturalną, że wielka część początkowych przypadków przeszła nie dobrze postrzeganą, objawy bowiem, któreby należało odnieść do działania jodoformu, tłumaczono sobie jako pochodzące z innego źródła. Ztąd też pochodzi, że do niedawna mówiono tylko ogólnikowo o zatruciu jodoformem, gdy dzisiaj zaczynają się już gromadzić spostrzeżenia więcéj szczegółowe. I tak S c h e d e mówi już o przypadach zatrucia ujętych w pewien system, o których tu już nie będę wspominał, gdyż referat o tém umieszczonym został w poprzednim Nrze Przeglądu Lek.

Jakkolwiek przypadek mój, spostrzegany w tutejszéj klinice chirurgicznéj, nie zakończył się śmiercią, to przecież, jako bardzo pouczający zdawał mi się zasługiwać na przesłanie go prof. Koenigowi, a przy téj sposobności postanowiłem podać go do wiadomości szan. czytelników Przeglądu.

Karol B., lat 20 liczący, piekarczyk z Bielska, przybył do kliniki chirurgicznéj 2go listopada 1882 z cierpieniem kolana od lat sześciu trwającém, które po bliższém zbadaniu rozpoznano jako grzybowate zapalenie błony stawowéj z następowém zniszczeniem chrząstki i kości *(arthritis fungosa genu subsequa carie sicca condylorum)* i uznano za kwalifikujące się do wypiłowania stawu. Operacyję wykonałem dnia 15go listopada 1881 za pomocą cięcia podłu-

żnego według Langenbecka z wyjęciem rzepki. Z uda wypiłowano 4cm., z podudzia 2cm. Po usunięciu resztek torebki zwyrodniałéj posypano całą ranę proszkiem jodoformowym w warstwie 2—3mm. grubości mieć mogącéj, zespojono obydwa brzegi okostny grubym katgutem i po założeniu drenu w poprzek rany zamknięto ją kilkoma szwami drutowemi, a w końcu nałożono opatrunek z gazy jodoformowéj i waty Brunsa. Odnogę ułożono na łupce Watsona i zawieszono w klatce Saltera. Przez pierwsze dwa dni był chory nieco niespokojnym, opatrunek okazywał jednak nieznaczne przesiąknięcie, tak że zmieniono go dopiero szóstego dnia, przyczém wydalono około 50gm. płynu krwawego ciemnego pod skórą zebranego. Odtąd opatrunki zmieniano co 2gi lub 3ci dzień. Stan ogólny chorego nie pozostawiał w pierwszych trzech tygodniach nic do życzenia: apetyt był dobrym, sen spokojny pomimo, że ciepłota utrzymywała się prawie ciągle powyżéj 38°C., a czasem sięgała nawet po nad 39°.

Najbardziéj uderzało zachowanie się tętna, które zaraz po operacyi podniosło się z 80 na 120 i odtąd z malemi tylko wyjątkami wahalo się przez dni 16 między 100 a 150. Przez następnych dni 8 obniżyło się do 90—112, aby témbardziéj podskoczyć w górę w 4tym i 5tym tygodniu, tu bowiem utrzymywało się między 130 a 160, tak iż z trudnością można je było policzyć.

Gdy do tego dodamy, że w obu tych tygodniach i stan ogólny się pogorszył, bo sen był niespokojny, przerywany majaczeniami i zwidywaniami, które nawet i w dzień zaczęły się późniéj pojawiać; że apetyt znikł; że chory wychudł i cera stała się brudno ziemistą, że ciepłota obok nieregularnie powtarzających się dreszczów często przekraczała 40°C.; że wystąpiła bolesność w ranie dotąd zupełnie niebolesnéj; że to wszystko utrzymywało się pomimo otwarcia ropnia wielkości orzecha włoskiego; — to każdy nieuprzedzony przyzna, iż postąpiłem zupełnie racyjonalnie porzucając początkowo powstałą myśl o lekkiém zatruciu jodoformowém a przypuściłem ropiaste zapalenie przepiłowanych kości *(osteomyelitis)* z następowém zakażeniem krwi gnilnoropném *(septopyaemia)*. Następstwem tego zapatrywania była amputacyja wykonana w połowie uda z opatrunkiem również jodoformowym lecz nader oględnym, t. j. że posypano na powierzchnię rany bardzo cieniuchną warstewkę jodoformu, a za to nałożono na powierzchnię więcéj gazy jodoformowéj. Przebieg po amputacyi zdawał się potwierdzać moje zapatrywania, ciepłota bowiem spadła poniżéj 38°C., stan ogólny bardzo znacznie się polepszył, tylko tętno, które na kilka dni obniżyło się było do 80, podniosło się znów do 140, aby jednak, po krótkiéj téj wycieczce, stale powrócić do prawidła.

Z zapatrywaniem tém nie licował stan odjętéj odnogi, nie znaleziono bowiem podejrzywanego zapalenia kości ropiastego ani żadnych zatok w częściach miękkich, tylko żyły drobniejsze skrzepami pozatykane i kupki jodoformu między powierzchniami przepiłowanych, a ładną zresztą ziarniną pokrytych, kości.

Gdy zestawiając te szczegóły biłem się z myślą, czy nie miałem tu przecież do czynienia z zatruciem jodoformowém, pojawiło się właśnie zawiadomienie Dra Schedego w 3cim Nrze *Centralblatt für Chirurgie*, które mnie w tém ostatniém mniemaniu do reszty utrwaliło. Mówiąc o przypadkach zatrucia jodoformowego, przez siebie postrzeganych, wspomina S. o bardzo podobnym przypadku, również dotyczącym resekcyi kolana, który przebiegał śród objawów podobnych do posocznicy i zakończył się śmiertelnie.

Przypadek mój ma jeszcze pod względem naukowym tę wartość, iż w nim przez oględziny odjętéj nogi stwierdzoném zostało, że przypady owe nie pochodziły od żadnego ogniska ropnego lub posokowatego, gdy w przypadku Schedego nie było oględzin pośmiertnych. Nadto uspokoiło mnie doniesienie Schedego jeszcze i pod tym względem, iż wolny jestem obecnie od zarzutu, jakobym był niepotrzebnie odjął choremu odnogę, gdyż chory mój szybko po amputacyi się uleczył i przed kilkoma dniami, jako wyleczony, opuścił klinikę, a dalsze czekanie byłoby go jak owego chorego, o którym Schede wspomina, o śmierć przyprawiło.

Jakkolwiek byłoby nieskromnością z tego jednego przypadku, choć bardzo pouczającego, wysnuwać ogólne wnioski, przecież nie mogę się powstrzymać od poczynienia kilku uwag. I tak potwierdza on mniemanie Schedego, że zatrucie jodoformowe w wyższym stopniu przebiega podobnie jak posocznica, jakotéż i to, że przyczyną zatrucia staje się najprawdopodobniéj jodoform użyty w postaci proszku, który nasypany w głąb rany zbija się w kupki, które nie mogąc być usuniętemi sprowadzają ciągłe zasycenie krwi jodoformem aż do wystąpienia groźnych objawów skutkiem działania zbiorowego. Również zdaje mi się, że jodoform użyty w postaci gazy jodoformowéj jako dający się z łatwością usunąć jest najodpowiedniejszym do opatrunku. Ztąd téż tłumaczy się tak częste występowanie objawów zatrucia po wprowadzeniu czopków jodoformowych do zatok ropiejących, co tak przez innych jakotéż i przezemnie zostało stwierdzoném.

Z przypadów zdaje mi się najważniejszą być zmiana w tętnie, które staje się drobném i nader częstém, czasem nie do zliczenia. Pojawienie się takiego tętna powinno być wskazówką nawoływającą do ostrożności. W drugim rzędzie idzie dopiero tak zwana gorączka aseptyczna, t. j. taka, w któréj ciepłota podniesioną bywa do znacznego stopnia obok poczucia podmiotowego zupełnie prawidłowego jakotéż zachowania dobrego apetytu i snu. Uderzało mnie to u mego chorego, to téż w pierwszym i drugim tygodniu przypuszczałem lekkie zatrucie jodoformowe, które to rozpoznanie późniéj zacząłem cofać, gdy wystąpił trzeci okres cechujący się bardzo znaczną ciepłotą, dreszczami, zwidywaniami (niektórzy mówią nawet o psychozach) i znacznym upadkiem sił.

Przypadek mój dowodzi, że i tu ratunek jeszcze możebny, jeżeli da się szybko usunąć przyczyna złego. Rzecz naturalna, że tam, gdzie nagle i od razu przychodzi do tak gwałtownych przypadów (jak np. u dzieci), wszelkie usuwanie środka mogłoby być za późném.

A więc ztąd nauka, ażeby raczéj używać gazy jodoformowéj, a i tę szybko usunąć tam, gdzieby się pojawiły przypady zatrucia, a przedewszystkiém owo częste i drobne tętno.

W końcu muszę zwrócić uwagę szan. czytelników na ciecz na pół płynną, ciemną, mazistą, którą szóstego dnia z rany wypuściłem. Ciecz taką uważałem i w innych przypadkach, gdzie jodoform użytym był w głębi rany kieszeniowatéj, a w któréj uzbierała się krew. Zdaje się, że krew z jodoformem daje ów płyn mazisty, który powoli wessany ułatwia zatrucie jodoformowe; ztąd wniosek, że należy przedewszystkiém starać się o dobre zatamowanie krwotoku i to przez dokładne podwiązywanie naczyń lub przynajmniéj tamponowanie. Postrzegałem kilka przypadków amputacyi odnóg,

w których z innych, z jodoformem wcale styczności niemających, przyczyn, brzegi płatu skórnego uległy zgorzeli, a w jamie rany nagromadził się płyn posokowaty grożący zakażeniem ogólném. Natychmiast usunąłem część zgorzelinową i wszystkie szwy, oddzieliłem płat od powierzchni rany warstwą gazy jodoformowéj i tym sposobem otrzymałem na obydwu powierzchniach piękną ziarninę, która w krótkim czasie sprowadziła dokładne przygojenie płatu do rany właściwéj. Czy w obec tego faktu, i w obec okoliczności, że najczęściéj krwotok nie udaje się wcale utamować w ranach jamistych, mających być zamkniętemi, nie byłoby lepiéj od razu ograniczać się do tamponady gazą jodoformową, a szwy zupełnie odrzucić, a więc stanąć z jodoformem w spółce z *secunda intentio* naprzeciw oprawy Listera dążącéj do gojenia *per primam*, będzie przedmiotem najbliższych moich doświadczeń.

II. O oznaczaniu dolnéj granicy żołądka.

(Rzecz wykonana w klinice lek. tudzież w zakładzie anat. patolog. Uniw. Jagiell.)

Napisał Dr. Stanisław Ponikło
Docent Uniw. Jagiell. Asystent kliniki lek.

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 5).

V. Badanie dolnéj granicy żołądka za pomocą zgłębnika żołądkowego wedle Leubego (Leube-Penzoldt).

Leube uważa badanie zgłębnikiem żołądkowym za najpewniejszy środek rozpoznawczy dolnéj granicy żołądka, względnie rozmiarów żołądka. „Jeżeli po wprowadzeniu zgłębnika nadto dolny koniec takowego da się wymacać przez powłoki brzuszne, rozpoznanie staje się pewném i ścisłém.“ Ponieważ jednak podatne ściany żołądka dają się z łatwością obniżyć, miejsce, gdzie zgłębnik zostaje wymacany, nie przedstawia rzeczywistéj lecz naciskiem zgłębnika obniżoną granicę żołądka. Otóż Leube czuje się upoważnionym uważać liniję poziomą, poprowadzoną przez „*spinae anteriores oss. ilei*“ za najniższą, do któréj zgłębnikiem da się obniżyć dolna ściana prawidłowego żołądka. Wymacanie końca zgłębnika poniżéj téj linii świadczy o „rozszerzeniu“ żołądka.

Ktokolwiek miał sposobność zakładania częstego zgłębnika żołądkowego, przyzna, iż do żołądka rozszerzonego zgłębnik wchodzi z łatwością, nie napotykając głęboko oporu, tak iż ma się w palcach niejako uczucie, jakby zgłębnik wchodził w próżnię, gdy w żołądku prawidłowym lub skurczonym rychło koniec zgłębnika napotyka na opór. Już po uwzględnieniu długości wprowadzonego zgłębnika sztywnego i nieco grubszego do żołądka, w chwili kiedy poczynamy napotykać znaczniejszy opór, wnosić można w przybliżeniu o rozmiarach żołądka.

Penzoldt czynił doświadczenia na zwłokach, tudzież na osobach zdrowych lub chorych nie okazujących żadnych przypadów żołądkowych, w celu stwierdzenia, czy zachodzi jaki stały stosunek między długością wprowadzonego zgłębnika (licząc od zębów), mierzoną w chwili, gdy zgłębnik poczyna napotykać na opór, a innemi wymiarami ciała. Doświadczenia te pouczyły go, iż 1) długość zgłębnika (od zębów) winna być, w stanie prawidłowym, do długości ciała jak 1:2·8—3·3, 2) winna być co najwięcéj o 8 cm. dłuższą od wymiaru odległości 4go kręgu szyjnego od 2go kręgu lędźwiowego wraz z wymiarem odległości zębów siecznych od tylnéj ściany gardła, 3) winna przewyższać co najwięcéj o 5 cm. długość kręgosłupa.

Wedle Penzoldta należałoby przeto wymierzyć długość zgłębnika wprowadzonego od zębów w chwili, kiedy dolny koniec napotyka na opór i porównać z podanemi wyżéj wymiarami; jeśli długość zgłębnika okaże się znacznie większą (o 3—4 cm.) można z wielkiém prawdopodobieństwem przypuścić „rozszerzenie żołądka.“

Co się tyczy wymacania dolnego końca zgłębnika przez powłoki brzuszne wedle Leubego, to muszę zauważyć, na podstawie kilkudziesięciu doświadczeń na zwłokach i chorych, (w każdym z wyżéj podanych doświadczeń w celu ocenienia innych metod badania żołądka doświadczałem także metody Leubego), iż nie jest ono tak łatwe, jakby się zrazu wydawać mogło.—Przy użyciu cieńszych zgłębników, do 15 milim. w średnicy bez mandrynu, wymacanie końca dolnego przez powłoki brzuszne średniéj grubości jest bardzo trudne, chyba w przypadkach połączonych ze znaczniejszym stopniem wychudnienia. Po użyciu dopiero zgłębników sztywnych i grubszych od 20—25 milim. w średnicy, zwłaszcza zakończonych lekkiém zgrubieniem, można w każdym przypadku dolny koniec zgłębnika wymacać.

Wprawdzie nie jest obojętną dla badanych rzeczą wprowadzenie sztywnych i tak grubych zgłębników, jednak gdyby rękoczyn ten dawał wyniki pewne i ścisłe, byłoby to okolicznością podrzędną.

Moje doświadczenia na zwłokach nie dają mi pewności uważania linii Leubego (poziom *sp. ant. oss. ilei*) za ostateczną granicę, do jakiéj zgłębnik może bez narażenia na szwank utkania ścian żołądka zepchnąć dolną ścianę żołądka. Mnie się udawało na zwłokach prawie każdy żołądek zepchnąć o 2—3 cm. po nad spojenie kości łonowych (wyjąwszy żołądki silnie skurczone) bez nadwerężenia ścian. Wprawdzie opór wzrastał stopniowo z co raz głębszém wprowadzeniem zgłębnika, lecz któż jest w stanie oznaczyć ściśle, jaki stopień oporu(?!) należy uważać za wzbraniający dalszego wprowadzania zgłębnika, lub gdy się to nawet dało uczynić z matematyczną dokładnością, któż może to z równą akuratnością wykonać. Dla tego nie przywięzuję do linii Leubego pewnego znaczenia rozpoznawczego. W przybliżeniu tylko i z wielkiemi zastrzeżeniami można czynić na téj podstawie wnioski dyjagnostyczne.

Nadto wprowadzenie zgłębnika sztywnego i grubego i obniżanie dolnéj ściany żołądka (nawet w przypadkach, gdzie z wszelką pewnością możnaby wykluczyć głębsze tkaninowe zmiany, jak wrzód okrągły lub zwyrodnienie nowotworowe ścian) aż do poziomu *spin. ant. ilei*, jest rękoczynem dość grubym i dla chorego nieobojętnym. Żadną miarą nie mógłbym się zgodzić ze zdaniem Leubego, iż postępowanie to nie jest przykrzejsze od prostego wprowadzania zgłębnika.

Badanie wedle Penzoldta i porównywanie wymiarów zgłębnika ze stałemi wymiarami części ciała jest mniéj przykre i łatwiéj wykonalne, daje jednak wyniki równie względne, gdyż nie posiada się i tu kryteryjum pewnego ocenienia s t o p n i a o p o r u, napotykanego przy napieraniu zgłębnika na dolną ścianę żołądka.

W n i o s k i: 1) Badanie dolnéj granicy żołądka metodą Leubego jest wykonalne tylko przy użyciu grubszych zgłębników (od 20 milim).

2) Jest procedurą przykrą i nieobojętną dla chorych.

3) Linija Leubego ma wartość rozpoznawczą nader

względną, względniejszą od innych powyżéj ocenionych metod badania żołądka.

4) Metoda Leubego-Penzoldta jest łatwiéj wykonalną, daje jednak wyniki nie mniéj względne.

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Litten: O sprawach septycznych.

Sprawy septyczne stanowią dział patologii najbardziéj omawiany, a może i najmniéj jasny. W jednym z ostatnich zeszytów berlińskiéj *Ztschft. f. klin. Med.* podaje Litten cenne szczegóły w tym kierunku omawiając przy tém wiele w związku będących pytań. Sądzimy, że nie od rzeczy będzie zapoznać się z uwagami Littena, zwłaszcza że przeważnie oparte są na własnych spostrzeżeniach.

Wszystkie objawy cechujące sprawy septyczne wspólne mają źródło, t. j. wessanie istot „jadowitych“ w ogólném znaczeniu tego wyrazu. Tak bowiem objawy gorączkowe ustroju i stany następowe ztąd wynikłe jak niemniéj sprawy nekrotyczne, zapalne i krwotokowe wywołane są działaniem istot szkodliwych „jadowitych“, znanych nam bardzo mało, ledwie że nie ze samych tylko skutków. Rozumującym teoretycznie na podstawie znanych faktów nasuwa się dwojaka możebność a mianowicie, że czynnikami istotnemi w tym przypadku mogą być istoty organiczne, żyjące, rozmnażające się i odnawiające się lub też — „produkt jadowity“. Stany gorączkowe ustroju wśród posocznicy jak również i zmiany następowe należałoby tedy odnieść do wpływu zakażenia ustroju przez ów rozpuszczony jadowity produkt, podczas gdy zmiany miejscowe w poszczególnych organach pochodziłyby od bodźców miejscowych. (Jad w rozczynie i jad upostaciowany). Wzgląd ten daje autorowi sposobność do obszernego wywodu, dotyczącego pytania, czy istoty grzybkowe, napotykane w ogóle w chorobach zakaźnych a w szczególności w sprawach septycznych, należy uważać za nosicieli jadu *(Giftträger)*, lub téż jako istoty wytwarzające takowy *(Giftproducenten)*. Pomimo, że Litten stanowczo oświadcza się przeciw temu drugiemu zdaniu i uważa grzybki za właściwy „jad“, to przecież z dalszych jego uwag wynika, że w ogóle nie chciałby widzieć jakiéjś fundamentalnéj różnicy między jadem organizowanym a w rozczynie będącym i nie mógłby się zgodzić na to, iżby przypisywano jednemu jadowi tylko pewne wyłączne skutki, wywoływania objawów ogólnych, gdy od drugiego miałyby pochodzić zmiany miejscowe zapalne i nekrotyczne. Że zmiany miejscowe, występujące w sprawach septycznych, w istocie zdają się być w ścisłym związku z rozwojem grzybków, o tém pouczają liczne obserwacyje tak autorów innych jak i samego L. Znaną bowiem rzeczą, że ogniska nekrotyczne i ropnie prosówkowe tylko tam się znachodzą, gdzie w naczyniach krwionośnych z całą ścisłością wykazać można mikroorganizmy i inwazyje tychże na znaczniejszéj przestrzeni. Gdzie grzybków pomienionych brak, tam przy autopsyi znachodzimy tylko zwyrodnienie „miąższowe“. Z drugiéj znów strony nie ulega wątpliwości, że tam gdzie są grzybki (rozszczepnikowe *schistomycetes)*, z pewnością napotkamy ogniska nekrotyczne i „ograniczone ropienia“.

Opisawszy dokładnie zmiany odnośne, szczególniéj zmiany zatorowe naczyń krwionośnych przez grzybki wywołane itd., przychodzi L. do wniosku, że zmiany miejscowe w postaci wyłącznie krwotokowéj lub nekrotycznéj zawdzięczają swój początek działaniu bakteryj i każde ognisko tego rodzaju wykazuje w centrum lub w obwodzie gromady bakteryj, czy zawsze, to zależy znów, jak twierdzi L., od okresu, w którym dokonywamy badania; w okresach wcześniejszych zawsze pasorzyty te wykazać można. Co do zależności spraw krwotokowych od bakteryj, to L. nie wyraża się tak stanowczo jak w kwestyi ognisk ropnych i nekrotycznych.

Krwotoki wśrod spraw septycznych odgrywają znaczną rolę i znane są z dawien dawna. Ogólnym rozkladem krwi a przynajmniéj hipotetyczną jakąś dyjatezą krwotokową silono się tłumaczyć te zmiany. Wynaczynionki bywają bowiem nieraz tak liczne, że narządy, wśród których się tworzą, czynią wrażenie takie, jak gdyby były krwią obryzgane. Liczne téż są momenty, które nasuwają myśl, że sprawy te w bezpośrednim związku z mikroorganizmami nie stoją. I tak uderzającą jest rzeczą nadzwyczajne nieraz rozpostarcie się krwotoków, ich częstokroć symetryczne zjawienie się na skórze, pojawienie się zupełnie niezależne od ropni prosówkowych, które swój początek zawdzięczają zawsze bakteryjom. Pomimo jednak całéj ścisłości badań Litten nie może dać w tym kierunku stanowczéj odpowiedzi; w końcu całego wywodu przychodzi do wniosku, iż wynaczynionki w sprawach septycznych tak skutkiem działania bakteryj, jak i bez nich powstać mogą.

Jak wreszcie tłumaczyć sobie powstawanie krwotoków bez współdziałania bakteryj, na to Litten zupełnie nie umie odpowiedzieć. Przy istnieniu grzybków odpowiedź choć w części jest łatwiejszą, choć nie bardzo pewną. Czy zawsze odgrywają tu rolę zatory i przebicia ścian naczyń krwionośnych przez rozrastające grzybki, tego nie wiemy, — w wielu przypadkach tak bywa.

Często wydarzające się wśród spraw septycznych zmiany wsierdzia skłaniają autora do szczegółowego omówienia *Endocarditis* i stosunku cierpienia tego do zmian miejscowych, rozsianych po różnych narządach. Osią, około któréj obraca się cała dedukcyja, jest fundamentalne twierdzenie autora, że schorzenia miejscowe w przebiegu *Sepsis* obok istniejącego zapalenia wsierdzia nie muszą być z témże w związku; daléj że zapalenie wsierdzia należy w tych przypadkach uważać za objaw równorzędny z innemi, w *Sepsis* się rozwijającemi; jest to „komplikacyja *Sepsis*“. W ogóle rozróżnia dwie postacie zapalenia wsierdzia: reumatyczną i septyczną. Obie te formy zapalenia wsierdzia dają się ściśle od siebie rozróżnić i przedstawiają pod względem etyjologicznym i klinicznym dwa odrębne typy. Dla ważności przedmiotu przytaczamy opisy autora nieco obszerniéj, zwłaszcza że za podstawę służyły obszerne statystyczne daty.

Gośćcowa postać zapalenia wsierdzia nagabuje przeważnie indywidua młode, i różni się od septycznéj szczególniéj tém, że brak w niéj dreszczów, daléj że wzniesienia ciepłoty i wynikające ztąd następstwa, cechujące postać septyczną, w gośćcowém zapaleniu śródsierdzia wcale nie istnieją. Ztąd też pochodzi, że rokowanie nie jest złém, daleko pomyślniejszém niż w formie septycznéj, gdzie sama infekcyja zabójczo działa. Jako momenty ze względu na rokowanie niepomyślne, aczkolwiek dopiero w następstwach szkodliwe, uchodzą wady zastawkowe zwolna się wytwarzające i nawroty spraw śródsierdziowych.

(Dokończenie nastąpi.)

Prof. Osler (w Montreal, w Kanadzie): **O komórkach mieszczących w sobie ciałka krwi czerwone.**

W Nrze 48 *Centralbl. f. d. med. Wiss.* z r. 1881 Dr. Riess podał, że w niedokrewności złośliwéj podobne komórki obficie znachodzą się w szpiku kostnym. Osler potwierdza wprawdzie to spostrzeżenie, jednak dochodząc téj kwestyi na 75 osobach różnego wieku, zmarłych z rozmaitych chorób, przekonał się: 1) że komórki w mowie będące są prawidłową częścią składową szpiku czerwonego; 2) że więc niepodobna z obecności ich wnosić o jakiéjkolwiek chorobie szczegółowéj. Znajdował bowiem znaczną ich ilość tak w suchotach, jakotéż w zap. płuc, w durze, w *endocarditis ulcerosa*; znajdował je następnie w szpiku 6-miesięcznego płodu i 76-letniego starca. Każda z komórek zawiera 1—12 czerwonych ciałek krwi, mających wejrzenie prawidłowe lub téż przeistaczających się w ziarnka barwiku brunatnego. Następnie przekonał się, że komórki te w ogóle znachodzą się: 1) w komórkach tkanki łącznéj u płodu i noworodków; 2) w szpiku czerwonym jako składnik prawidłowy, tylko w różnéj ilości, tak jak komórki olbrzymie; 3) w miazdze śledzionowéj, również jako składnik prawidłowy, w tém większéj ilości, im bardziéj śledziona obfituje w miazgę, jak w obrzęku ostrym; 4) w gruczołach limfatycznych przekrwionych i obrzmiałych; 5) w stwardnieniu brunatném płuc; 6) w sąsiedztwie wynaczynionek tkanka łączna obfituje częstokroć w komórki podobne. *(The Lancet,* 1882, Febr. 4). *L. B.*

Dr. J. Wolff: **Przyczynek do nauki o dwoistości przyrzutu ospicy i ospy.**

Nierozstrzygnięte to zagadnienie ma z natury rzeczy dwa sprzeczne obozy. I tak, jedni utrzymują (Fleischmann, Widerhofer, Henoch i i.), że ospica i ospa są dwiema różnemi chorobami, mającemi tylko w tém podobieństwo, że są zakaźnemi i regularnie z pewnemi zmianami na skórze występują. Inni zaś (Hebra) twierdzą, że przyrzut obu chorobom wspólny, różni się tylko siłą jadu. Autor niniejszéj pracy należy do pierwszych. Dla poparcia swego obozu przytacza, że dwa identyczne przyrzuty wykluczają się na czas dłuższy, jeżeli nie na zawsze; np. przebycie duru poronnego chroni na dłuższy czas od zakażenia się durem brzusznym. Inna sprawa z ospicą i ospą. Ospie ulegają ludzie, którzy co tylko przebyli ospicę, i na odwrót ozdrowieńcy po ospie przebywają ospicę; po zaszczepieniu dobréj limfy rzadko pojawia się ospa, podczas gdy ospica często się wydarza. Dla uzasadnienia swojego twierdzenia podaje autor następujący przypadek.

Nieszczepiona $1\frac{1}{2}$-roczna dziewczynka przybyła do szpitala we Wrocławiu dnia 25 października z. r. Mierna gorączka (38.7) trwa drugi dzień, na twarzy i głowie pęcherzyki, wielkości soczewicy, wypełnione jasnym płynem. Na brzuchu i plecach różyczka grudkowata, gdzieniegdzie pęcherzyki, zwłaszcza na prawém ramieniu i podudziu w większéj ilości. Trzeciego dnia choroby ciepłota się obniżyła, różyczka znikła pozostawiwszy więcéj pęcherzyków. Dalszy przebieg zwyczajny ospicy dobiegł kresu tak, że 13 listopada strupki prawie wszystkie odpadły, nie pozostawiwszy blizn. Nagle pod wieczór tego dnia ciepłota podniosła się do 39.5, a w 3cim dniu gorączki pojawiły się liczne, czerwone, niezbyt wyniosłe plamki, na ramionach, tułowiu, odnogach dolnych. Czwartego dnia ciepłota prawidłowa, plamki czerwieńsze przybierają kształt stożkowatych guziczków, wypełnionych u szczytu jasnym płynem, rosną, a rozszerzając obwódkę tu i owdzie zlewają się. Prawidłowy a pomyślny przebieg ospy trwał do 17 grudnia, pozostawiwszy tylko nie wiele blizn. Z opisu choroby zaprzeczyć trudno, że prawdziwą zlewającą się ospę poprzedziła ospica. Przyczyną wybuchu ospy miało być zarażenie, a mianowicie przez służbę obsługującą zarówno chorych na ospę i ospicę. Na zakończenie dodaje autor uwagę, że taka sama niepewność panowała co do duru plamistego i powrotnego, póki nie odkryto spirylów, i ma nadzieję, że w przyszłości znajdzie się znowu jaki namacalny dowód odrębności przyrzutu ospicy i ospy. *(Bresl. ärztl. Zeitsch.* 1882, Nr. 1).

Dr. Murdzieński.

Dr. Stumpf: **O wpływie niektórych leków na wydzielanie mleka.**

Z doświadczeń Stumpfa, dokonanych przeważnie na zwierzętach (kozach) a po części i z mlekiem kobiecém, podajemy tylko ostateczne wypadki.

1. Co do ilości mleka.

Jodek potasowy zmniejsza znacznie wydzielanie mleka.

Wyskok, morfin i ołów nie zmieniają ilości mleka.

Kwas salicylowy zdaje się ilość wydzielanego mleka nieco powiększać.

Pilokarpin nie przysparza wydzieliny gruczołów mlecznych.

2. Zmiany w składzie mleka.

Jodek potasowy zakłócając czynność gruczołów zmienia ilościowy stosunek poszczególnych składników mleka.

Wyskok i napoje wyskokowe powiększają tylko względną ilość tłuszczu w mleku, nie powinny zatém być używane jako środek dyjetetyczny do przysparzania mleka.

Ołów, morfin i pilokarpin prawie wcale nie wpływają na skład mleka.

Kwas salicylowy zdaje się powiększać ilość cukru.

3. Co do przechodzenia leków z ustroju do wydzieliny gruczołów mlecznych.

Jod przechodzi bardzo szybko do mleka a po odstawieniu leku znika bezzwłocznie u kobiet; u roślinożernych zaś mleko dłuższy jeszcze czas zawiera jod. Ilość jodu przechodząca do mleka nie pozostaje w stałym stosunku do spożytéj ilości jodu, lecz waha się w znacznych granicach. Lecznicze zużytkowanie mleka „jodyzowanego“ jest niemożebne. Jod nie znajduje się w mleku jako jodek potasu, lecz w połączeniu z sernikiem.

Wyskok nie przechodzi do mleka u roślinożernych.

Ołów w nader małych tylko ilościach dostaje się do mleka i okazuje się w témże jeszcze przez pewien czas po odstawieniu leku.

Kwas salicylowy, podawany nawet w wielkich dawkach, przechodzi do mleka w bardzo małych tylko ilościach, u kobiety w niece większych niż u roślinożernych. *(D. Arch. f. kl. Med.,* 1882, t. 33). *Dr. Smoleński* (Jaworze).

Fuchs: **O zaćmieniu rogówki w jaskrze.**

Zaćmienie rogówki połączone z utratą jéj połysku, towarzyszące podwyższeniu ucisku śródocznego, różni się co do swéj istoty od zaćmienia wywołanego przez zapalenie. Zaćmienie to zawisło wprost od podwyższenia ucisku, o czém najłatwiéj przekonać się można w okresie zwiastunów jaskry,

w którym to zaćmienie w bardzo krótkim czasie się pojawia, a ze zmniejszeniem ucisku równie szybko bez śladu ustępuje. Oglądane za pomocą lupy zaćmienie to nie rozpada się jak zaćmienie w miąższowém zapaleniu rogówki na pojedyńcze plamki lub prążki, lecz okazuje się jednostajném. Więcéj podobieństwa ma ono do zaćmienia urazowego, występującego prawie zawsze po irydektomii lub wydobyciu zaćmy, ale różni się od niego, pominąwszy przyczynę, swoją siedzibą (zaćmienie jaskrowe najmocniejsze jest w środku rogówki, urazowe zaś w pobliżu rany) a nadto tém, że zaćmienie urazowe okazuje się prążkowaném. Najwięcéj podobieństwa ma to zaćmienie jaskrowe do zaćmienia powstającego skutkiem mocnego ugniecenia w palcach oka świeżo zabitego zwierzęcia, a które Fleischl wytłumaczył z niejednostajnego naprężenia włókien rogówkowych, skutkiem czego najmocniéj naprężone łamią światło podwójnie, a przeźroczystość rogówki się zmniejsza z powodu mocniejszego odbijania światła. Jaskrowe zaćmienie rogówki łączy się stale z utratą połysku powierzchni rogówkowéj, którego to zjawiska nie dostaje tak zaćmieniu urazowemu jak sztucznie wywołanemu. Powierzchnia rogówki wygląda mdło, jakby tłuszczem posmarowana, a w wyższych stopniach jakby pokłóta. Tę nierówność powierzchni tłumaczono sobie wypadnięciem pojedyńczych komórek przybłonka lub całych gromadek tychże. Rogówka oglądana lupą okazuje się atoli pokrytą mnóstwem drobniutkich wyniosłości, w wyższych stopniach widać nawet małe pęcherzyki, w zadawnionych zaś przypadkach jaskry tworzą się na powierzchni rogówki większe, chełboczące pęcherze, których powstaniu towarzyszą często gwałtowne bóle. W bardzo nareszcie zastarzałych przypadkach jaskry powstają zsiadłe złogi przeświecającéj szklistéj istoty w postaci brodaweczek, do których zazwyczaj dochodzą nowo utworzone naczynia od brzegu rogówki. Jaskrowe zaćmienie rogówki poczytał Arlt pierwszy za opuchlinę, zdanie to nie mogło jednak dobić się powszechnego uznania, ponieważ go nie udowodniono poszukiwaniami anatomicznemi. Autor założył sobie wykazać, że w oczach, które za życia okazywały zaćmienie jaskrowe, znachodzą się w rogówce zmiany cechujące jéj opuchlinę. Za materyjał posłużyły mu oczy dotknięte jaskrą, zapaleniem tęczówki i ciałka rzęskowego, zwłaszcza zaś liczne oczy z mięsakiem naczyniówki, w których skutkiem rozrostu nowotworu przyszło do wygórowania ucisku śródocznego.

Zmiany w samym miąższu rogówki odpowiadają opuchlinie; pomiędzy jéj blaszkami widać rozstępy próżne lub płynem skrzepłym wypełnione. Opuchlina zajmuje bardzo rzadko całą grubość rogówki w równym stopniu; dochodzi mianowicie w warstwach przodkowych do najwyższych stopni, podczas gdy tylne okazują ją w nizkim stopniu lub są jeszcze prawidłowe. Jak w przodkowych warstwach rogówki tak samo zbiera się też ciecz opuchlinowa pomiędzy nią a błoną Bowmana, w któréj widać liczne, cieniuchne ciemne linije, przebiegające z tyłu ku przodowi, które nie są niczém inném jak nerwami udającemi się przez błonę Bowmana do przybłonka. Z temi zjawiskami łączą się bardzo uderzające zmiany przodkowego przybłonka. Powierzchnia jego jest zazwyczaj zupełnie gładka, tak, iż o odpadnięciu pojedyńczych komórek mowy być nie może. Zmiany polegają natomiast na tém, że w najgłębszéj warstwie przybłonka widać drobniutkie kropelki okrągłe lub podłużne, nieregularne a nawet rozgałęzione skutkiem zastósowania się ich postaci do poników sokowych, znajdujących się pomiędzy komórkami. Treść ich jest jednostajna lub drobnoziarnista. Te drobniuchne nagromadzenia cieczy albo się ciągną daléj po pod komórki podstawowe, tak iż warstwa cieczy oddala je częściowo lub całkowicie od błony Bowmana, albo téż, co się częściéj wydarza, ciecz przeciska się ku górze pomiędzy środkowe warstwy przybłonka. Ciecz ta dostaje się pod przybłonek przez kanaliki nerwowe. Prawie w każdéj rogówce, zmienionéj w ten sposób, znajdują się miejsca, w których nagromadzenia się cieczy doszły do tego stopnia, iż przybłonek w postaci małych wzgórków albo pęcherzyków podnoszą. Pęcherzyki te bywają niekiedy tak duże, iż je gołém okiem widzieć można, co *keratitis vesiculosa* nazywają.

W niektórych przypadkach widział autor nowoutworzoną, bezpostacią błonę pomiędzy błoną Bowmana a przybłonkiem, barwiącą się od karminu mocniéj niż błona Bowmana, a niemal tak ciemno jak blaszki rogówkowe. Błonę tę autor poczytuje za cienką warstwę cieczy, która] przez błonę Bowmana wystąpiła i jeszcze za życia skrzepła. W tych przypadkach, w których włóknista, tęga, nowoutworzona błona rogówkę na większéj przestrzeni pokrywa, może skutkiem zebrania się cieczy pod nią przyjść do powstania większéj bańki, *keratitis bullosa.* Takie bańki, mające po kilka milimetrów średnicy, wypełnione bywają tylko miernie, tak iż chełboczą, a ciecz zbiera się w dolnéj części bańki, która skutkiem tego wydyma się workowato. Wszystkie te zmiany, dopiero co opisane, autor uważa za wyraz opuchliny wszystkich warstw rogówki. Z doświadczeń Kniesa i Weissa wynika, że w oku zdrowém prąd cieczy przenika rogówkę od tyłu ku przodowi i aż do przybłonka dochodzi. W stanie prawidłowym jest ilość téj cieczy nadzwyczaj mała, w stanie chorobowym atoli przesączanie wzmaga się zapewne tak w skutek zmian komórek przybłonka, jakotéż w skutek podwyższenia ucisku śródocznego. Ciecz dostawszy się do rogówki znajduje największą przeszkodę w posuwaniu się naprzód w błonie Bowmana i dla tego gromadzi się przed nią w powierzchownych warstwach miąższu rogówkowego. Opuchlina jest też tutaj najmocniejszą, pomimo, iż jéj właśnie powierzchowne warstwy z powodu zbitszego utkania najmniéj sprzyjają. Opuchlina ta jest bezpośrednią przyczyną zaćmienia jaskrowego z powodu obecności warstewek cieczy o mniejszéj sile łamiącéj pomiędzy mocniéj łamiącemi warstwami tkaniny rogówkowéj. Że nasiąknienie rogówki cieczą sprowadza natychmiast zaćmienie, uczy znane doświadczenie, że rogówka świeża włożona w wodę pęcznieje i staje się nieprzeźroczystą. Tak samo zachowuje się ona w razie nasiąknienia cieczą wodną. Odnosząc zaćmienie rogówki do opuchliny łatwo zrozumieć, że ono tak łatwo powstaje i znów bez śladu ustępuje. Równocześnie z jaskrowém zaćmieniem rogówki stwierdzić można zmniejszenie, a niekiedy zupełne zniesienie jéj czułości, co autor w ten sposób tłumaczy, że ciecz przebierająca się w zwiększonéj ilości przez poniki nerwowe nasiąka w nerwy i ugniata je i poraża. W miejscach, w których przybłonek wznosi się pęcherzykowato, ulegają włókna nerwowe przerwaniu, tam zaś gdzie warstwa cieczy skrzepłéj utworzyła się pomiędzy błoną Bowmana a przybłonkiem przychodzi do takiego przerwania prawie na całéj rozległości rogówki. W końcu wspomina autor, że zaćmienie rogówki, zbliżone bardzo do jaskrowego, napotyka się także w przypadkach zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego. (*A. Graefe's Archiv. XXVII,* 3, str. 66—92).

Rydel.

Abadie: **Leczenie oderwania siatkówki za pomocą nakłócia galwanicznego.**

Oderwanie siatkówki jest cierpieniem, które najczęściéj bywa skutkiem przyczyn miejscowych, można więc starać się o usunięcie go środkami czysto chirurgicznemi. Spostrzeżenia kliniczne, anatomija patologiczna i doświadczenia na zwierzętach dowodzą, że w miejscach zapalenia siatkówki i naczyniówki, samorodnego lub sztucznie wywołanego, wytwarzają się przyczepy tych dwóch blon. Usiłując wytworzyć takie przyczepy sztucznie można mieć nadzieję, że się uda przytwierdzić siatkówkę do blon pod nią położonych. Ażeby to osiągnąć, A. przekłówa twardówkę i naczyniówkę, o ile można najdaléj ku tyłowi po za ciałkiem rzęskowém, wązkim nożykiem platynowym rozżarzonym do czerwoności za pomocą stosu galwanicznego. Ciecz podsiatkówkowa wypływa, a w miejscu przekłócia błon ocznych wytwarza się zapalenie zlepne, które siatkówkę przytwierdza. Ten sposób leczenia A. zastósował w 8 przypadkach; w 6 z nich, bardzo zadawnionych, osiągnął tylko przemijające polepszenie, w 2 natomiast, gdzie oderwanie było ograniczone, utrzymywał się skutek zadowalający. W żadnym z nich nie powstała zbyt silna reakcyja i nie było złych następstw. Uderzony znacznėm obniżeniem ucisku śródocznego, utrzymującém się po przekłóciu galwanicznėm, A. wpadł na pomysł zużytkowania téj własności w przypadkach jaskry, w których tak irydektomija jak i sklerotomija są bezskuteczne. Wypadki otrzymane zachęcają do dalszych doświadczeń. Pracę odczytaną na posiedzeniu Towarzystwa chirurgicznego z dnia 23 listopada 1881 odesłano celem zbadania do komisyi złożonéj z panów Perrina, Panasa i Giraud-Teulona. (*Gaz. hebd.* z 9 grudnia 1881). *Rydel.*

Prof. E. Hofmann (we Wiedniu): **O sądowolekarskiém sprawdzaniu tożsamości zwłok.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

Trzeciém zadaniem jest oznaczenie wieku. Długość ciała, odżywienie, jakość włosów i zębów mogą zawodzić, dlatego, zwłaszcza mając przed sobą zwłoki gnijące lub w inny sposób zmienione, należy posiłkować się stósunkami wewnętrznemi; a mianowicie stanem kości i chrząstek, a nawet pewnych części miękkich.

W oznaczaniu okresu życia począwszy od urodzenia aż do wzrostu zupełnego uwzględnia się oprócz długości kośćca także postęp kostnienia poszczególnych kości. Tu przytacza autor szczegóły z dzieła Henlego odnoszące się do sprawy kostnienia aż do okresu rozkwitu. W 18 roku życia kręgi krzyżowe zlewają się ze sobą, po 20ym znika szew pomiędzy kością klinową a potylicą i ostatni szew poprzeczny ciała, to jest szew mostkowy, a nasada górna kości ramieniowéj zrasta się z trzonem; na przekroju jednak jeszcze można rozróżnić nasadę od trzonu po jaśniejszém zabarwieniu i utkaniu luźniejszém. Między 20—40 rokiem życia nie ma żadnych zmian charakterystycznych, stopień zużycia zębów zaś jest podstawą bardzo niepewną. Między 40—50 rokiem zrasta się trzon mostkowy z wyrostkiem mieczykowatym oraz kostnieją chrząstki krtaniowe i żebrowe. W wieku schyłkowym znikają szwy czaszkowe, i rozpoczyna się zanik starczy kości, przedewszystkiém czaszkowych; ciężar czaszki zmniejsza się, ściany jego cieńczeją. Najbardziéj uderzają pod tym względem szczęki. Ale i kości kadłuba stają się cieńszemi, lżejszemi i kruchszemi, istota gąbczasta zanika. Uwzględnić jednak należy, że zanik kości nie zawsze jest następstwem wieku schyłkowego.

Po wielkości organów wewnętrznych można w przybliżeniu ocenić, czy mamy do czynienia ze zwłokami dziecięcia lub osoby starszéj. Należy się atoli mieć w téj mierze na baczności, jeżeli mamy przed sobą zwłoki mocno zwęglone. Fakt już dawniéj wykazany stwierdziły w nowszych czasach spostrzeżenia autora i sprawozdawcy, że skutkiem działania płomienia trzewa, a zwłaszcza mózgowie, w całości kurczą i zmniejszają się; mózgowie dorosłego może wtedy dojść do objętości dwóch pięści lub jednéj, a nawet do objętości pomarańczy lub cytryny i tym sposobem na pierwszy rzut oka przedstawić się jak organ niemowlęcia.

Stan fizyjologiczny trzew o tyle posłużyć może za podstawę ocenienia wieku, o ile w sercu rozpoznać możemy obok jego objętości zachowanie się t. zw. dróg płodowych i stósunek grubości obu komórek; w przyrządzie zaś płciowym niewieścim rozróżnić się daje macica dziecięcia od macicy osoby dojrzałéj, macica dziewicza od macicy osoby, która przebyła ciążę, następnie gładkość lub nierówność jajników oraz pewne zmiany patologiczne, właściwe tylko wiekowi późniejszemu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości pomniejsze.

(F. M.) **Przepłukiwanie żołądka przeciw uporczywym wymiotom.** Cérenville przytacza kilka przypadków, w których ten sposób uwieńczony był świetnym skutkiem. I tak wspomina o 22-letnim mężczyźnie, który upadłszy na głowę, doznawał długi czas zawrotów głowy i wymiotów. Bolesności w okolicy żołądka nie było żadnéj, nieżytu, w ogóle żadnego cierpienia żołądka nie można było wykazać. Leczono chorego całym arsenałem środków wewnętrznych, użyto kuracyi wodnéj, elektryczności, a wymioty trwały bezustannie. Po wyczerpnięciu wszystkich środków zaczął C. przepłukiwać żołądek chorego, z początku czystą wodą, późniéj wymokiem kwasyi; po czterech dniach objawy chorobowe ustąpiły. Również pomyślny skutek osiągnął autor u dziewczyny cierpiącéj od lat 20 na wymioty, pomimo iż prócz wysięku okołomacicznego nie cierpiała na żadną z chorób żołądka. Dwom suchotnikom, u których kurczowemu kaszlowi towarzyszyły wymioty, przepłukiwanie żołądka przyniosło stanowczą ulgę. (*Ctrbl. f. kl. M.* 34).

Wpływ pilokarpinu na włosy. Ciekawy przypadek podaje Prentis w *Philadelphia Medical Times.* W przypadku *pyelonephritis* z długotrwającą anuryją u kobiety dwudziestopięcioletniéj wstrzykiwano pilokarpin. W dwanaście dni po rozpoczęciu używania tego środka jasno blond włosy pacyjentki poczęły nagle ciemnieć; po 26 dniach były ciemno brunatne, a w cztery miesiące późniéj zupełnie czarne, mimo że już po siedmiu tygodniach zaprzestano używać pilokarpinu. Zmian w budowie włosów nie dostrzeżono żadnych pod mikroskopem prócz tego, że włosy zgrubiały i że zawierały barwik, na innych częściach ciała włosy także zciemniały ale w mniejszym stopniu niż na głowie. Przy téj sposobności zasługuje też na uwagę przypadek podany przez p. André a wykazujący skuteczność pilokarpinu w *alopecii.* Kobieta trzydziestotrzyletnia utraciła wszystkie włosy na głowie, brwiach, rzęsach, pod pachami i na wzgórku łonowym. Po bezskutecznėm użyciu różnych leków, wstrzykiwano centigram wodochloranu pilokarpinu pod skórę na czaszce i bez szkody zwiększano dawkę do 2·5 Poty były tak obfite, iż chora wracając

po każdém wstrzykiwaniu dwie mile do domu, miewała buty przepełnione potem. W trzy tygodnie jednakże pojawiły się włosy na głowie i po dziesięciu tygodniach wstrzykiwań dosięgły długości dwóch centymetrów. Pojawiły się téż włosy i na innych częściach ciała. (*The Lancet* 1882, I, Nr. 2).

(A. K.) **Podskórne wstrzyknięcie pilokarpinu azotowego leczy ostry obrzęk głośni.** Dr. Sorel zastosował rzeczony lek w przypadku obrzęku głośni u wyzdrowieńca z duru brzusznego; dwukrotne wstrzyknięcie po 0,01 usunęło przypady tego groźnego powikłania. (*Journ. de Med. de Paris.* Grudzień, 1881).

(A. K.) **Nitroglicerynę** z powodzeniem stosuje Dr. Hammond *a)* w połowiczym bólu głowy, *b)* w padaczce, *c)* w dusznicy bolesnéj. Hammond podaje dziennie po 1—3 kropel 1% rozczynu. (*The New. York Med. Rec.*, 1881).

Nowa choroba zawodowa. Dr. Schwabach widzi w niedosłyszeniu konduktorów i maszynistów przy lokomotywie nową chorobę zawodową. Uważał on, że przytępienie słuchu u tych ludzi jakotéż procent chorych wzmaga się w miarę lat służby. Z 160 badanych urzędników znalazł S. 33 niedosłyszących, a zatém 20 do 25 proc. Naturalnie, że w początkach służby choroba ta nader nielicznie się pojawia. Pomiędzy 59 urzędnikami z czasem służby do 5 lat, było tylko 5 tępo słyszących, tj. tylko 8,4%. Między urzędnikami służącymi wyżéj nad 5 lat coraz więcéj się napotyka niedosłyszących, a i stopień niedosłyszenia się wzmaga. Między 28 urzędnikami, z czasem służby od 6 do 15 lat, było 10 niedosłyszących, z 5 zaś urzędników służących więcéj niż 25 lat, u 4 stwierdzono upośledzenie słuchu już w wysokim stopniu. (*Allg. med. Centr. Ztg.*) *L. K.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie z dnia 19go grudnia 1881.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 12.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący powitawszy obecnych, po raz pierwszy po feryjach zgromadzonych, poświęcił kilka słów wspomnienia zmarłemu w d. 23 listopada 1881 koledze Dr. Wincentemu Kułakowskiemu, który podczas ubiegłéj pory zdrojowéj, pełniąc obowiązki lekarza zdrojowego w Rabce, zjednał sobie powszechne uznanie i życzliwość. Obecni przez powstanie oddali hołd pamięci zmarłego kolegi.

3) Przewodniczący złożył do księgozbioru komisyi prace w darze nadesłane, a mianowicie: Od członka komisyi Dra D. Wierzbickiego prace tegoż: 1. Ozon atmosferyczny i roczny ruch jego według 25-letnich spostrzeżeń obliczony. Kraków 1881; s. 67 z tablicą. 2. Kopernik jako lekarz, w 8ce, str. 12. 3. Jan Kanty Steczkowski. Kraków, 1882, str. 14. Od Dra J. Majkowskiego lekarza zakładów zdrojowych w Busku dwa sprawozdania o chorych leczonych tamże w latach 1879 i 1880; wreszcie uwiadomił, iż Redakcyje czasopism balneologicznych: *der Cursalon* i *die österreichische Badezeitung* nadsyłały te pisma.

4) Przewodniczący przedstawił potrzebę wysłania i w roku bieżącym odezwy do zakładów zdrojowych i leczniczych o nadesłanie sprawozdań z ubiegłéj pory zdrojowéj; po odczytaniu téjże uchwalono odezwę tę posłać do wszystkich zakładów zdrojowych i leczniczych w Galicyi.

5) Prof. Dr. Olszewski przedłożył wynik rozbiorów chemicznych 140 studzien krakowskich, dokonanych wspólnie z p. K. Trochanowskim. W rozbiorach powyższych uwzględnił następujące składniki: 1. ogólną ilość składników stałych, 2. twardość ogólną, 3. twardość czasową, 4. twardość trwałą, 5. tlenek wapniowy, 6. tlenek magnowy, 7. chlor, 8. kwas siarkowy, 9. kwas azotowy, 10. kwas węglowy, 11. kwas azotawy, 12. amonijak, 13. ciała organiczne. Prelegent objaśnił rzecz tablicą obejmującą zestawienie wszystkich 140 studzien według wzmagającéj się ogólnéj ilości składników stałych, w któréj to tablicy ilość pojedyńczych składników wyrażoną jest graficznie, za pomocą linij krzywych różnobarwnych. Tablica ta wykazuje, iż wody krakowskie zawierają w 1 litrze:

	minimum	maximum
składników stałych	0·370 gm.	5·453
kwasu azotowego	0.0	0·790
chloru	0·014	1·145
kwasu siarkowego	0·013	0·680
kwasu azotawego	—	b. znaczny ślad
amonijaku	—	0·015
ciał organicznych	0·004	0·039
okazują twardość ogólną	24°	190°.

Z pomiędzy 140 badanych wód studziennych 6 tylko nie zawiera kwasu azotawego, wód tych nie można jednak uważać za najlepsze, gdyż wszystkie 6 zawierają ślady amonijaku a dwie nadto ślady kwasu azotawego.

Na 140 badanych studzien, 40 tylko jest wolnych od NH_3, NO_3 i znaczniejszych ilości ciał organicznych (do 15 milgr. na litr).

29 studzien zawiera składników stałych niżéj 1 grama w litrze; z tych zaś tylko 12 należy do 40 powyżéj wspomnianych. Studnie te, które należy uważać za najlepsze, są następujące: 1. Rakowice, dom cmentarny, 2. koszary Rudolfa, 3. Kleparz, ulica Tania l. 172, 4. Wesoła, obserwatoryjum, 5. Kleparz, plac główny, 6. ulica Batorego l. 92—93, 7. ulica Lubicz l. 1, 8. ulica Widok, 9. plac kolejowy, 10. ulica św. Marka, szkoła żeńska, 11. ulica Karmelicka l. 62, 12. Wesola, Klinika.

Stopień zanieczyszczenia wód krakowskich można ocenić zestawiając skład wody najlepszéj, średniéj i najgorszéj.

	Woda najlepsza.	Woda średnia.	Woda najgorsza.
Miejsca badanéj wody	Koszary Rudolfa	Hotel Drezdeński	Kazimierz. Ulica Wązka.
Składników stałych	0·553 gm,	1·439	5·453
Twardość ogólna	34°	60°	190·°4
Twardość czasowa	25°	27·6°	67·4°
Twardość trwała	9°	32°4	123°
Tlenku wapniowego	0·165	0·265	0·856
Tlenku magnowego	0·021	0·056	0·168
Chloru	0·021	0·159	1·145
Kwasu siarkowego	0·044	0·134	0·680
Kwasu azotowego	0·046	0·169	0·790
„ węglowego	0·090	0·143	0·242
„ azotawego	—	—	ślad
Amonijaku	—	—	—
Ciał organicznych	0·005	0·010	0·036

Woda w koszarach Rudolfa odpowiada prawie wszystkim warunkom dobréj wody do picia, mylne zatém jest zdanie, jakoby w Krakowie, a nawet w promieniu jednomilowym naokoło Krakowa, nie było dobréj wody do picia.

Najczystsze wody znachodzą się w stronie północno-wschodniéj, t. j. w okolicy cmentarza i koszar Rudolfa; w miarę zaś posuwania się ztamtąd w kierunku południowo zachodnim, t. j. ku Wiśle, a mianowicie ku Kazimierzowi, zanieczyszczenie wzrasta.

Z porównania teraźniejszych rozbiorów z rozbiorami tychże samych wód studziennych wykonanemi przez prof. Olszewskiego przed 10 laty okazuje się: że zanieczyszczenie wód krakowskich wzrasta, gdyż tak ilość składników stałych wzmogła się w przeważnéj liczbie porównywanych studni, jakotéż zwiększyła się ilość studni zawierających amonijak, a mianowicie kwas azotawy.

Nad odczytem prof. Olszewskiego wszczęła się żywa dyskusyja, w któréj brali udział: Dr. Warschauer, Dr. Skórczewski i fizyk m. Krakowa Dr. Buszek. Ostatni uważa pracę prof. Olszewskiego i Dra Trochanowskiego za nader cenną i zasługującą ze wszech miar na uznanie ze strony reprezentacyi miasta; praca ta bowiem wykazuje aż nadto wybitnie, jak naglącą jest potrzeba zaopatrzenia Krakowa w zdrową wodę. Wyniki rozbiorów niektórych wód studziennych dokonanych przez prof. O. przed 10 laty i obecne dowodzą, że zanieczyszczenie ich jest dzisiaj 14 razy większe, niż przed 10 laty. Ilość produktów ostatecznych i pośrednich gnicia, jak kwasu azotowego, amonijaku i kwasu azotawego, jest w nich obfitsza. Chlorki również znacznie się w nich wzmogły, zkąd wniosek, iż dostawanie się części gnilnych

do gruntu i wody gruntowéj odbywa się ciągle i w większéj ilości, oraz że grunt miasta Krakowa należałoby koniecznie zabezpieczyć od dalszego zanieczyszczenia przez budowę należytych kanałów i dołów kloacznych. Zastanawia go dobroć wody na cmentarzu, gdzie groby leżą nad warstwą wodonośną trzeciorzędnych iłów i woda gruntowa musi wyługowywać ciała gnijące. Przypuszcza, że prąd wody gruntowéj jest skierowany ku porzeczu Wisły, a nie ku studni cmentarnéj. Największe zanieczyszczenie wód studziennych na Kaźmierzu kładzie na karb największéj nieczystości tego przedmieścia i téj okoliczności, że tamże spływają wody gruntowe z wyżéj położonych części miasta już znacznie zanieczyszczone. Wymieranie dzieci dwa razy tak wielkie na Kazimierzu jak w mieście, uważa w części za następstwo tego znaczniejszego zanieczyszczenia wód Kaźmierskich, gdzie przeszło o 2% więcéj ginie dzieci z cierpień przewodu pokarmowego. Studnie niektóre bardzo blizko położone miewają bardzo różny skład chemiczny zależnie od miejscowych stosunków gruntu, a względnie ścian kloacznych. Studnie na przedmieściu Piasku zawierają kwas siarkowodowy wywięzujący się z siarkanów i torfowiska i okazują zmienny skład zależnie od wilgotności i ciepłoty gruntu ułatwiającéj rozkład części organicznych i od dopływu nieczystości z powierzchni podworców i z wychodków.

6) Prof. Olszewski okazał przyrząd do napełniania flaszek wodami żelezistemi przy pomocy kwasu węglowego. Wody w ten sposób do flaszek wlane zachowują przez długi czas swój skład chemiczny niezmieniony. Prelegent przedstawił kilka próbek wód tym sposobem napełnionych, które okazały się zachowane w zupełnéj czystości, podczas gdy wody innemi sposobami napełniane uległy rozkładowi. (Opis przyrządu okazanego zamieścił prof. O. w Nrze 45 i 46 Przegl. Lek. z r. 1881).

Doc. Dr. Poniklo.

V. Listy z Paryża.

II.

Ze szpitala Lariboisière — Przypadek *hepatitis interstitialis hypertrophica.*

(Dokończenie. Patrz Nr. 4).

Stan obecny: Chory źle odżywiony, podściółki tłuszczowéj brak prawie zupełny. Mięśnie wiotkie. Lekkie obrzmienie nóg około kostek. Stan bezgorączkowy, tętno 72, małe, dość miękkie. Skóra twarzy i reszty ciała zabarwiona żółtawo z odcieniem ziemistym, jest bladą, suchą i łuszczącą. Język obłożony i nieco obrzmiały. — Na szyi znacznie wychudłéj nie ma zresztą zmian chorobowych znaczniejszych.— Płuca i serce okazują stosunki normalne. — Brzuch w całości miernie wzdęty; na jego skórze zaledwie tu i owdzie rozszerzone żyły. Przy obmacywaniu brzucha chory skarży się na bolesność w podżebrzu prawém. Brzeg dolny wątroby sięga w linii sutkowéj aż do linii pępkowéj, w linii środkowéj dwa palce wyżéj pępka; lewy płat wątroby sięga aż do linii pachowéj przodkowéj lewéj. Brzeg wątroby jest twardy, tępy, nie zupełnie gładki, nie przedstawia jednak znacznych nierówności; podobnież powierzchnia wątroby. Wątroba w całości mało ruchoma. Brzeg dolny śledziony wystaje na trzy palce z pod łuku żebrowego, jest dość gruby i twardy. Zresztą brak obrzęku w jamie brzusznéj. Perkusyja stwierdza poprzednio podane wymiary wątroby i śledziony; wymiary żołądka powiększone. Po nad kiszkami odgłos jawny bębenkowy. W jamie brzusznéj tylko skąpa ilość płynu wolnego.

Mocz skąpy, ciemno-cisy, oddziaływa kwaśno; ślad białka, mierna ilość barwików żółciowych, w osadzie sporo moczanów.

Rozpoznanie *Hepatitis interstitialis hypertrophica* stwierdziło się więc w zupełności.

Leczenie ograniczało się do wzmacniania sił chorego z jednéj strony, a z drugiéj do uczynienia mu jego stanu jak najmniéj przykrym, — zadanie równie trudne jak poprzednie.

Rokowanie już ze względu na chorobę rozpoznaną w zasadzie niepomyślne, pogorszyło się jeszcze w obec stanu sił i odżywienia, jakie chory teraz przedstawiał, nie było wątpliwości, że katastrofa się zbliża. Napadów podobnych do owego, jaki chory miał za pierwszym pobytem w szpitalu (w ostatnim tygodniu), doznał jeszcze trzy razy, pierwszy 21go listopada, drugi 17go grudnia. Te oba trwały nieco dłużéj niż poprzednie, lecz ból nie był tak silnym jak poprzednio i gorączka nie tak wysoką. Żółtaczka powiększyła się nieco za każdym razem, a za drugim można także było stwierdzić powiększenie rozmiarów wątroby. W przerwach między napadami chory był w stanie bezgorączkowym, skarżył się jednak na znaczne osłabienie i upadek sił. Brak apetytu, skłonność do wymiotów i rozwolnienia przyczyniały się do tego. Ilość płynu wolnego w jamie brzusznéj zwiększała się tylko nieznacznie, podobnież obrzmienie odnóg dolnych. Stolce wolne, rzadziéj zbite, okazywały od czasu do czasu widoczne odbarwienie. Zmiany w moczu ograniczały się do małego zwiększenia ilości białka. Odżywienie chorego coraz więcéj podupadało. — Wreszcie dnia 9go stycznia rb. pod wieczór chory dostał znowu boleści w okolicy wątroby i wymiotów; ciepłota podniosła się do 38·7°C., tętno przyspieszone, 96, lecz niepełniejsze, a miększe niż dotąd. Na drugi dzień rano około 8méj bóle jeszcze nie ustały mimo już dwukrotnego wstrzyknięcia lekkiego roztworu morfinu; wymioty ustąpiły miejsca bezwiednemu oddawaniu wolnych stolców, które były nie zupełnie odbarwione; ciepłota podniosła się do 39·3°C. Tętno 124, chybkie, małe i miękkie. Chory utraca zwolna przytomność, zaczyna majaczyć, usiłuje wstać z łóżka, krzyczy słabym głosem na wstrzymujących go posługaczy. Około godziny 1széj nagłe omdlenie, kilka skurczów konwulsyjnych mięśni odnóg dolnych i górnych— śmierć.

Sekcyja odbyta dnia następnego wykazała: Odżywienie złe, skóra sucha, łuszcząca się, żółto-ziemista. Kości czaszki dość grube; owal czaszki miernie regularny. Opona twarda dość gruba, blada, jéj powierzchnia wewnętrzna połyskująca. Opony miękkie nieco zaćmione; przestwory podpajęcze miernie wypełnione płynem żółtawym, niemętnym. Mózg dość miękki, bezkrwisty; komórki boczne zawierają również mierną ilość płynu żółtawego. Płuca oba niezmienione, tylko z dolnych części można wycisnąć nieco płynu pienistego. Serce okazuje lekki stopień rozszerzenia komórki prawéj i przerostu komórki lewéj; mięsień serca kruchy, barwy żółtawo-brunatnéj. W tętnicy głównéj początek procesu ateromatycznego bez zmian na zastawkach. W jamie brzusznéj 1½ do 2 litrów wolnego płynu. Wątroba przynajmniéj w dwójnasób powiększona, waży 2.800 grm.; jéj powierzchnia jakby drobno marmurkowana, przypomina nieco powierzchnię płuc z jéj wciągnięciami i małemi nieco wypukłemi wysepkami; brzeg jéj twardy, nieco zaokrąglony, niegładki. Tylko w jedném miejscu powierzchni prawego płatu tuż obok *ligamentum teres* wątroba stoi w związku z łukiem żebrowym za pomocą bardzo krótkiéj szypułki z tkanki łącznéj mającéj do ½ cm. grubości; w miejscu przyczepienia téj szypułki do powierzchni wątroby ta ostatnia okazuje silniejsze zbliznowacenie tkanki w okręgu nieregularnym mającym do 2 cm. średnicy. (Miejsce to odpowiada zapewne przebytemu

przed paru laty zapaleniu otrzewny). Zresztą powierzchnia wątroby, jakkolwiek nie jest normalnie gładką, przecież nie przedstawia takich nierówności, jakie napotykamy w zwykłéj *Cirrhosis* lub wcale w raku wątroby. Na przekroju wątroba okazuje barwę żółto-brunatną z odcieniem zielonawym, przy krajaniu trzeszczy; zbitość jéj bardzo silna tak, że rozedrzeć jéj prawie nie można. Na przekroju widać bardzo wiele wysepek od wielkości ziarna siemienia do ziarna sporego grochu, z których niektóre nieco nad powierzchnię wystają; wysepki te okazują resztki względnie prawidłowego miąższu wątroby, są jednak nieco jaśniejsze (stłuszczenie). Pomiędzy sobą oddzielone one są grubą, ścięgnisto-twardą, tkanką łączną przerastającą we wszystkich kierunkach miąższ wątroby szczególnie wzdłuż przebiegu przewodów żółciowych i naczyń.—Śledziona również znacznie powiększona okazuje brzeg tępy, jest dość zbitą, na przekroju nieco połyskuje. Żołądek miernie rozszerzony zawiera nieznaczą ilość śluzu; jego błona śluzowa jest zgrubiałą, pofałdowaną i ciemniéj zabarwioną niż normalna. W kiszkach objawy nieżytu chronicznego bez owrzodzeń choćby powierzchownych. Nerki obie nieco mniejsze, kruche, okazują lekki stopień zwyrodnienia skrobiowatego.

Oto jest historyja choroby przypadku obserwowanego, do któréj chciałbym jeszcze dorzucić słów kilka o chorobie saméj. Według autorów francuzkich jest to choroba *sui generis*, różniąca się znacznie od zwyczajnéj *Cirrhosis hepatis.* Zdanie przeciwników tego rozdziału, jakoby chorzy, u których to cierpienie rozpoznano, przedstawiali właściwie tylko pierwszy okres zwykłéj marskości, gdzie jednak do końcowego skurczenia się wątroby właściwego téj chorobie przyjść nie mogło, gdyż chorzy ulegli cierpieniu, zanim ono się mogło należycie rozwinąć, — zdanie to nie jest uzasadnioném. Przeciwko niemu przemawia w pierwszéj linii już samo trwanie choroby; bo znaném jest, że zwykła marskość najdaléj w trzech latach kończy się śmiertelnie, — gdy tymczasem ta *Hepatitis interstitialis hypertrophica* trwa 4 do 6 lat, czasem podobno i do 10 lat. Co więcéj: w zwykłéj marskości wątroby wyniszczenie chorego postępuje prawie równocześnie z kurczeniem się i zanikiem wątroby, podczas gdy w cierpieniu opisaném odżywienie chorego podupada i wyniszczenie postępuje, w miarę jak wymiary wątroby rosną, choć i tu bezsprzecznie przychodzi również do zaniku właściwego miąższu wątroby.

Za rozdziałem obu form przemawia daléj różność zmian anatomicznych; jakkolwiek bowiem w obu występuje przerost tkanki łącznéj a zanik miąższu wątroby, to przecież i wynik i punkt wyjścia są różne. Autorowie bowiem francuzcy skłaniają się przeważnie do zdania, że pierwsze początki bujania zapalnego tkanki łącznéj w téj formie zapalenia wątroby mają miejsce w otoczeniu kanalików żółciowych i bujanie to wciska się następnie aż pomiędzy komórki wątrobowe; podczas gdy w zwykłéj marskości pierwszy początek ma wychodzić z otoczenia naczyń (według Rindfleischa z otoczenia rozgałęzień *Venae portae),* a pojedyńcze uciśnięte części miąższu wątroby są zwykle o wiele większe i zawierają tylko małą ilość tkanki łącznéj.

Etyjologija jest dla obu form taż sama; główną rolę odgrywa tu i tam nadużywanie napojów wyskokowych. W przebiegu jednak występują znowu dość znaczne różnice podczas kiedy objawy ze strony wątroby w zwykłéj marskości są z początku rzadkie lub niewyraźne, — *Hepatitis hypertrophica* rozpoczyna się w większéj połowie przypadków od dość silnych bólów w okolicy wątroby, którym zwykle towarzyszy gorączka od 38—39.5°C., często wymioty, a czasem już przy jednym z pierwszych napadów i żółtaczka, która raz się pojawiwszy zwykle już nie ustępuje aż do śmierci. Napady takie powtarzają się nieregularnie co kilka tygodni i trwają kilka do 24 godzin. Za każdym napadem wątroba staje się większą.

Objawy ze strony przewodu pokarmowego i narządu moczowego są mniéj więcéj jednakie w obu chorobach. W dalszym biegu widzimy znowu odmiany: wysięki surowicze, zwyczajne w zwykłéj marskości, występują stosunkowo rzadko w przebiegu choroby wyżéj opisanéj. Podobnież ma się rzecz z rozszerzeniem żył skórnych brzucha. Śledziona w obu cierpieniach przybiera znacznie na rozmiarze. Z komplikacyi nadmienić należy częstość zapalenia otrzewny w *Hepatitis interstitialis hypertrophica.* Wreszcie zejście śmiertelne następuje w obu chorobach skutkiem wynędznienia; w *Hepatitis hypertrophica* jednak o wiele późniéj niż w marskości bo po 4 do 6ciu, a według Jaccouda, nawet po 10 latach.

Paryż w styczniu 1882. *Dr. Gwiazdomorski.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna m. Krakowa odbyła d. 4 bm. pod przewodnictwem Dra Warschauera posiedzenie, na którém: 1) Dr. Buszek oświadczył, że komisyjnie stwierdzono należytą desinfekcyję domu służby kolejowéj, jakotéż że w sadzawce między dworcem kolejowym a ogrodem Strzeleckim, do któréj spływa woda z kotłów parowych, nie znaleziono procesu gnicia. Odprowadzanie wody z téj sadzawki jest niemożebném, gdy ulica Lubicz nie ma kanału. Koléj północna ma podobnoś zamiar przyczynienia się pewną kwotą do budowy kanału. — 2) Tenże podał do wiadomości: *a)* Rozporządzenie Ministerstwa spraw wewnętrznych zakazujące ponownie używania farb anilinowych do barwienia pokarmów i napojów. *b)* Rozporządzenie Namiestnictwa, według którego wydawanie z cła środków lekarskich zagranicznybh będzie i nadal zależném od pozwolenia protomedyka. *c)* Doniesienie Namiestnictwa o nowéj taksie leków. *d)* Ogłoszenie konkursu na posadę akuszerki w Wiśniczu. *e)* Projekt instrukcyi do zamieszkania nowo wybudowanych domów. *f)* Nie udzielenie pozwolenia pod względem zamieszkania kilku nowych domów. *g)* Odbycie rewizyi w cukierniach i garkuchniach, przyczém polecono niedostatecznie pobielane naczynia miedziane natychmiast pobielić. *h)* Ukaranie Kalicińskiéj za nieprawne trudnienie się praktyką akuszeryjną na Kazimierzu. *i)* Odbycie rewizyi aptek w mieście z Protomedykiem, przyczém znaleziono niektóre wagi niecementowane. Przy téj sposobności objawiła Komisyja życzenie, aby Magistrat wyjednał u odpowiednich władz uprawnienie urzędu cementniczego krakowskiego do cementowania także wag i ciężarków aptekarskich, które aptekarze krakowscy obecnie do Wiednia posyłać muszą. *k)* Zaproszenie do wzięcia udziału w tegorocznéj wystawie higijenicznéj berlińskiéj. — 3) Tenże przedstawił obraz szerzenia się tyfusu plamistego w mieście w ciągu ubiegłego roku i bieżącym, nadmienił o środkach przeciwko dalszemu szerzeniu się téj choroby, a zarazem stwierdził, że ogólna śmiertelność w roku ubiegłym była nieco większą aniżeli w latach poprzednich i dopiero w końcu grudnia spadła, utrzymując się dotąd na tak niskim stopniu, jaki w niektórych poprzednich latach tylko w miesiącach od maja do sierpnia zauważano. — 4) Na wezwanie prezydenta miasta wybrano prof. Domańskiego i prof. Stopczańskiego do Komisyi mającéj się zająć ścisłém opracowaniem referatu w sprawie czyszczenia kanałów i dołów kloacznych.—5) Na wniosek prof. Domańskiego uchwalono przedstawić Magistratowi potrzebę polecenia Urzędom rogatkowym, aby te nie wpuszczały do miasta lodu nieczystego i w ogóle pochodzącego z miejsc podejrzanych, jakotéż, aby Magistrat równocześnie zawiadomił o tém strony sprowadzające lód do miasta. Przytém wywiązała się dłuższa dyskusyja nad składaniem lodu w piwnicach w mieście, o szkodliwości wynikającéj ztąd dla budowli i gruntu budowlanego a

względnie i zdrowia mieszkańców.—6) Tenże poruszył sprawę udzielania pozwoleń na składanie i sprzedawanie węgla po domach, zkąd pył węglowy nie tylko przyczynia się do zanieczyszczenia powietrza, ale także kamienic i placów publicznych. — 7) Dr. Zarewicz podnosi brak czystości w Sukiennicach, na co prof. Domański odpowiada, iż odpowiednia Komisyja zajęła się już tą sprawą. — 8) Prof. Domański objawia życzenie, aby Magistrat wydelegował Komisyję, któraby zarządziła odpowiednie środki celem usunięcia wielkiego gorąca panującego podczas zebrań na galeryi sali hotelu saskiego. *J. B.*

* Statystyka Wydziałów lekarskich w Cesarstwie niemieckiém. W Królewcu prof. zwyczajnych jest 10, nadzw. 9, docentów 11; w Berlinie 15 zw., 25 nadzw., 40 doc.; w Gryfii 8 zw., 6 nadzw., 5 doc.; we Wrocławiu 8 zw., 14 nadzw., 15 doc.; w Hali 9 zw., 4 nadzw., 8 doc.; w Kielu 7 zw., 5 nadzw., 8 doc.; w Gietyndze 12 zw., 6 nadzw., 6 doc.; w Marburgu 11 zw., 4 nadzw., 3 doc; w Bonnie 9 zw., 8 nadzw., 8 doc.; w Erlandze 7 zw., 4 nadzw., 5 doc; w Fryburgu 10 zw., 7 nadzw., 4 doc.; w Giessen 9 zw., 2 nadzw., 2 doc.; w Heidelbergu 11 zw., 9 nadzw., 8 doc.; w Jenie 6 zw., 7 nadzw., 1 doc.; w Lipsku 11 zw., 14 nadzw., 20 doc.; w Monachijum 15 zw., 9 nadzw., 17 doc.; w Rostoku 9 zw., 1 nadzw., 4 doc.; w Strasburgu 14 zw., 2 nadzw., 8 doc.; w Tybindze 7 zw., 2 nadzw., 2 doc.; w Würzburgu 10 zw. 2 nadzw. 13 doc.

W Uniw. pruskich płace proff. zwyczajnych medycyny wynoszą: w Królewcu od 1.800—7.000 mark., w Berlinie od 3.600—7.800, w Gryfii od 4.000—5.700, w Wrocławiu od 4.000—7.200, w Hali od 4.200—7.500, w Kielu 4.200—6.000, w Gietyndze 3.600—7.500, w Marburgu 3.500—6.000, w Bonnie 4.500—7.200. Najmniejsza więc płaca prof. zwyczajnego w Prusiech wynosi 1.800 mark a najwyższa 7.800. Z profesorów nadzwyczajnych jest bezpłatnych w Królewcu 5, w Berlinie 13, w Gryfii 2, we Wrocławiu 10, w Hali 2, w Kielu 1, w Marburgu 1 a w Bonnie 4.

W bieżącém półroczu liczba uczniów medycyny wynosi: w Berlinie 640, w Monachijum 547, w Lipsku 528, w Würzburgu 509, we Wrocławiu i Gryfii po 316, w Fryburgu 198, w Hali 191, w Królewcu 174, w Tybindze 170, w Strasburgu 166, w Marburgu 164, w Gietyndze 161, w Bonnie 152, w Heidelbergu 127, w Erlandze i Kielu po 106, w Jenie 91, w Giessen 71, Rostoku 56.

Z 20 więc Wydziałów lekarskich w Prusiech 14 liczy mniéj uczniów aniżeli Wydział lek. krakowski.

Wydziały lekarskie w Szwajcaryi w ogóle mało są uczęszczane; w Zurychu w roku zeszłym było uczniów 169, w Bernie 121, w Bazylei 100, w Genewie 82. *(D. m. Woch.* 1882, Nr. 6).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 22—28 stycznia spadła ogólna śmiertelność w Krakowie z 35,1 do 28,3 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 0, (1 z. t.); z płonicy 2 (1 z. t.); z błonicy 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 2 (0 z. t.); z duru osutkowego 2 (1 z. t.); z róży 0 (2 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 29 duru osutkowego (16 z kryminału, 5 ze szańców, 6 z obwodu III, 1 ze szpitala św. Łazarza, 1 z Podgórza). W tygodniu od 25—31 grudnia ospa w Londynie utrzymywała się w jednakowém nasileniu. Leczyło się w szpitalach 521, świeżo zapadło 87, umarło 32. W Wiedniu umarło z ospy 10, w Paryżu 9, w Pradze 8, w Petersburgu 4, w Warszawie 29. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 6, w Londynie, Saragosie, Granadzie po 2, w Amsterdamie, Walencyi i Maladze po 1. Odra złagodniała w Chrystyjanii, zapadło 291, umarło 24. Krztusiec zabrał w Londynie 124 ofiar.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 25—31 grudnia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,7; we Lwowie 33,9; w Wiedniu 29,2; w Berlinie 25,0; w Gdańsku 30,2; w Wrocławiu 32,7; w Mnichowie 31,0; w Dreźnie 32,4; w Lipsku 23,7; w Bazylei 20,1; w Brukseli 20,4; w Amsterdamie 22,3; w Paryżu 27,1; w Londynie 28,3; w Kopenhadze 25,2; w Stokholmie 19,8; w Chrystyjanii 20,0; w Petersburgu 49,8; w Odesie 27,9; w Wenecyi 24,8; w Bukareszcie 28,9; w Lizbonie 30,6; w Aleksandryi 34,6; w Nowym Yorku 28,7; w Filadelfii 20,1; w Bombaju 25,5. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 8 lutego. P. Namiestnik zamianował Dra Mieczysława Marynowskiego lekarzem powiatowym 2giéj kl. w Dąbrowy, a Dra Władysława Czyżewicza i Dra Apolinarego Tarnawskiego asystentami sanitarnymi, pierwszego w Myślenicach, ostatniego w Borszczowie.

* P. Minister oświecenia zatwierdził nominacyję Drda Romana Wodyńskiego jako asystenta przy katedrze anatomii patologicznéj w Krakowie.

* Otrzymaliśmy list od redakcyi „Časopisu lek. česk.," razem z zapewnieniem, że wykłady i odczyty na 2gim Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich odbędą się zarówno w polskim, jak i w czeskim języku i że koledzy nasi czescy spodziewają się ze strony naszéj licznego udziału. Redaktor Časopisu p. Dr. Chodounský (Praha-Smichov, Čechy) gotów jest do udzielania wyjaśnień.

Wypowiedzieliśmy już w poprzednim Numerze zdanie swoje, ze wzięcie udziału jak najliczniejsze w Zjeździe czeskim ze strony rodaków naszych uważamy za wywiązanie się z długu honorowego w obec kolegów czeskich, którzy tak licznie pierwsi pospieszyli na Zjazd krakowski; mamy tę nadzieję, że wielu z kolegów skorzysta z pory pięknéj podczas Zielonych Świątek i uda się do pięknéj stolicy czeskiéj, aby wziąść czynny udział w pracach Zjazdu. Tymczasem uzupełniamy wiadomość o Zjeździe, podaną w Nrze przeszłym.

Do wzięcia udziału w tym Zjeździe zapraszają się wszyscy lekarze i przyrodnicy czescy jako członkowie z wkładką 5 złr. i wszyscy zwolennicy nauk przyrodniczych i medycyny, jako uczestnicy z wkładką 3 złr.

Pierwsze posiedzenie ogólne ma być otwarte d. 27 maja o godz. 10téj zrana w wielkiéj sali na „Wyspie Zofii" a ostatnie d. 29 maja o godz. 3ciéj po południu. Dzień 30 maja przeznaczony jest na wycieczki naukowe i pożegnanie.

Na pierwszém ogólném Zgromadzeniu ustanowią się następujące Wydziały i Sekcyje Zjazdu:

I. Wydział lekarski złożony z 5 sekcyj: *a)* medycyny wewnętrznéj, przewodniczący Doc. Dr. E. Maixner; *b)* chirurgii, przew. Dr. Fr. Michl; *c)* medycyny teoretycznéj przew. Dr. K. Chudoba; *d)* medycyny sądowéj, przew. Dr. W. Bělohradsky; *e)* farmaceutycznéj, przew. Dr. A. Jandouš.

II. Wydział matematyczny, złożony z 2 sekcyj: *a)* matematycznéj, przew. prof. A. Panek, *b)* fizycznéj, przew. prof. Dr. A. Seydler.

III. Wydział przyrodniczy, złożony z 3 sekcyj: *a)* przyrodniczéj, przew. Doc. Dr. Fr. Vejdovský; *b)* chemicznéj, przew. Doc. Dr. B. Rayman; *c)* antropologiczno-archeologicznéj, przew. prof. J. Smolik.

IV. Wydział pedagogiczny: przew. prof. P. Durdik.

Posiedzenia Sekcyj lekarskich odbywać się będą w klinikach szpitala powszechnego, innych zaś Sekcyj w wyższéj szkole technicznéj.

Przy Zjeździe urządza się w lokalu „Mieszczańskiéj Besedy," Wystawa lekarsko-przyrodnicza, któréj program ma być późniéj ogłoszony przez Komitet wystawowy pod przewodnictwem prof. Aut. Friča (České muzeum), do którego wystawcy zgłaszać się mają.—Zgłoszenia się z uczestnictwem w Zjeździe mają być adresowane do Dra O. Novaka prof. wyższéj szkoły technicznéj (Gab. mineralogiczny c. k. czeskiéj techniki Karlovo náměsti). Zgłoszenia się z rozprawami adresować należy do przewodniczących odpowiednich Sekcyj.

* Ostatniemi czasy zdarzyło nam się widzieć kilka recept, zapisanych przez kolegów na prowincyi praktykujących, z sygnaturą niemiecką, a dziś właśnie dostała nam się w ręce recepta ze stampiliją niemiecką aptekarza w Zabłociu pod Żywcem. Fakta te nie potrzebują komentarza.

* Nakładem Voita i sp. w Lipsku wychodzić zaczęło nowe czasopismo „*Neurologisches Centralblatt,*" pod redakcyją docenta berlińskiego Dra Mendla. Ponieważ od lat kilku już wychodzi podobne pismo Dra Erlenmeyera, trudno pojąć, jakiéj znów potrzebie gwałtownéj ma zaradzić nowe czasopismo specyjalne!

* **Praga czeska.** Prof. Breisky również odmówił przyjęcia katedry opróżnionéj po Spiegelbergu we Wrocławiu.

* **Berlin**. Z powodu wykładu Langenbecka o naciąganiu nerwów toczyła się w Towarzystwie lekarskiém długa dyskusyja, która zajęła 3 posiedzenia, a wzięli w niéj udział: Westphal, Bardeleben, Bernhardt, Israel, Remak, Küster, Hahn i inni. Wynik rozpraw streszcza się w oświadczeniu Westphala, że żaden przypadek wiądu rdzeniowego dotychczas nie został uleczony przez naciąganie, że więc takowe nie może uchodzić jako metoda lecznicza w owéj chorobie. (*Berl. klin. Woch.*).

* **Zurych**. Na opróżnioną katedrę anatomii patologicznéj Wydział lekarski zaproponował trzech kandydatów, a mianowicie: Klebsa z Pragi, Weigerta z Lipska i Chiarego z Wiednia.

* **Paryż**. Pod redakcyją prof. Dora w Lugdunie i Dra Edw. Meyera w Paryżu wychodzić będzie miesięcznik pt. „*Revue générale d'ophthalmologie*“ nakładem G. Massona w Paryżu. Zeszyt pierwszy właśnie się ukazał.

* **Nekrologija**. W Edymburgu w Szkocyi, umarł Sir Robert Christison, baronet, licząc lat 84. Do ostatniéj chwili był on żywą ilustracyją „*mens sana in corpore sano,*“ za młodu nazwany najstarszym pomiędzy młodzieżą, a pod koniec życia najmłodszym pomiędzy starcami. Uczeń Orfili, w 25ym roku życia mianowany był profesorem medycyny sądowéj w Edymburgu a w r. 1832 profesorem farmakologii i przez lat 55 wykładał w tymże uniwersytecie. Przez pół wieku był on powagą sądowo-lekarską w Szkocyi, napisał kilka dzieł treści toksykologicznéj i farmakologicznéj, zaszczycony wszystkiemi możebnemi godnościami i zaufaniem Królowéj, któréj był lekarzem przybocznym, ile razy przebywała w Szkocyi, odznaczony godnością barona, był on osobistością pierwszorzędną w kraju aż do śmierci, która po kilkotygodniowéj słabości nastąpiła d. 23 stycznia.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 5: Kramsztyka: Zmiany chorobowe, występujące w oczach po przebyciu gorączki powrotnéj; Hoyera: Przyczynek do techniki histologicznéj 2) Masy injekcyjne. — W *Medycynie* Nr. 5: Erlickiego: Rzut oka na pierwotne obłąkanie (dok.)

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. MIKULICZ. Uiber Gastroskopie u. Oesophagoskopie. (Osobne odbicie z „W. med. Presse“ 1881) in 8vo str. 32.

Tenże: Weitere Erfahrungen über die Verwendung des Jodoforms in der Chirurgie. (Osobne odbicie z „Berl. klin. Woch.“ 1881) in 8vo str. 23.

Dr. JANY: Uiber Einwanderung des Cysticercus cellulosae ins menschliche Auge. Breslau in 8vo str. 23.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we środę dn. 15go o godz. 5téj popoł. w sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém wyłożą rzecz dawniéj zapowiedzianą koll. prof. Browicz i Doc. Ponikło.

Na lwowski fundusz wdów i sierót po lekarzach złożył kol. Dr. Adam Jentys w Lublinie rubli 3.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem i staraniem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego wyszedł

SŁOWNIK
terminologii lekarskiéj polskiéj

opracowany przez

Komisyję terminologiczną Tow. lek. krak. złożoną z Profesorów Drów S. Janikowskiego, J. Oettingera i Dr. A. Kremera.

przy udziale Prezesa Akademii Umiejętności

Prof. Dr. MAJERA.

Duża 8ka str. XVI 544. Cena egzemplarza zbroszurowanego 6 złr. 50 ct. 5½ rs., egzemplarza oprawnego w płótno angielskie 7 złr. = 6 rs.

Nabyć go można w Administracyi Przeglądu Lekarskiego.

STARANIEM STOWARZYSZENIA
Do wydawnictwa dzieł lekarskich
W KRAKOWIE

wyszły następujące dzieła:

1) Dra Pawła Guttmanna. **Nauka sposobów klinicznego badania narządów piersiowych i brzusznych.** Przekład dokonany pod kierunkiem Dra A. Kremera i Docenta Dra St. Pareńskiego. Warszawa 1877. Cena 3 złr. 75 c.—2 Rs. 50 kop.

2) Dra Jana Steinera. **Rys nauki o chorobach dzieci dla uczących się i lekarzy.** Przekład dokonany pod kierunkiem Profesorów: M. L. Jakubowskiego i J. Oettingera. Kraków 1877. Cena 4 złr. — 3 Rs. 70 kop.

3) Dra Antoniego Jurasza, Profesora z Heidelberga. **Laryngoskopija.** Dzieło oryginalne ozdobione 43 drzeworytami. Kraków 1878. Cena 2 złr. 25. c.

4) Dra Oskara Widmanna, prymar. szpitala powszechnego we Lwowie. **Choroby serca i tętnic.** Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 1 złr. 85 c.

5) Dra A. Rothego, naczelnego lekarza zakładów dla obłąkanych w Warszawie. **Psychopatologija Forensis,** czyli nauka o chorobach umysłowych w zastósowaniu do sądownictwa, a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskiém i w Galicyi. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 2 złr. 25 c.

6) Dra H. Jordana, Docenta Wydz. lek. w Uniw. Jagiell. **Nauka położnictwa dla użytku uczniów i lekarzy.** Dział Iszy fizyjologija i dyjetetyka ciąży, porodu i połogu. Dzieło oryginalne z 44 drzeworytami. Kraków 1881. Cena 3 złr. 50 c.

Skład główny powyższych dzieł w księgarniach: S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie, J. Milikowskiego we Lwowie, Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.